

	Szpital Kielecki św. Aleksandra Sp. z o.o. ul. Kościuszki 25, 25-316 Kielce	DO/A/2	PP 2
	ANKIETA DLA PACJENTA – BADANIE MR STAWÓW	Aktualizacja/ Data aktualizacji	01 / 09.03.2026
		Strona	1 / 1

Imię i nazwisko.....nr pesel.....

Data badania..... Waga pacjenta.....kg Numer telefonu.....

Od kiedy trwa choroba

(*Wybraną odpowiedź prosimy zaznaczyć kółkiem

Rodzaj wykonywanej pracy fizyczna/umysłowa/mieszana*		
Czy choroba wynika z urazu (kiedy?).....	TAK	NIE
Mechanizm urazu bezpośredni/skręcenie/rozciągnięcie/tąpnięcie*		
Objawy:		
Czy występuje ból	TAK	NIE
Proszę określić rodzaj bólu zakreślając właściwe: Głęboki / od przodu / od boku / od tyłu / od przygodka / podczas odwodzenia kończyny / podczas unoszenia kończyny / podczas przywodzenia kończyny / podczas sięgania do tyłu / samoistny / przy schodzeniu ze schodów / przy wchodzeniu / przy klęczeniu* / inny (jaki?).....		
Czy występuje uczucie tarcia	TAK	NIE
Proszę określić rodzaj tarcia zakreślając właściwe: Głębokie / od przodu / od boku / od tyłu / od przyśrodka*		
Czy występuje zablokowanie stawu?	TAK	NIE
Czy występuje wysięk?	TAK	NIE
Czy występuje uczucie gorąca?	TAK	NIE
Czy występuje obrzęk stawu? Jaki jest to rodzaj: obrzęk stały / obrzęk okresowy	TAK	NIE
Jakie leczenie było podjęte? Leczenie zachowawcze / leczenie operacyjne *		

.....
Data i podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego (opiekuna prawnego)